

О.В.Лаврова¹, М.А.Петрова¹, Г.Б.Федосеев¹, Т.Э.Иващенко², Е.А.Шаповалова², О.С.Андреева¹,
М.Н.Захарова¹, М.В.Вахарловская¹

Система профилактики аллергических заболеваний у детей, рожденных матерями, страдающими бронхиальной астмой

1 – Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова: 197022, Санкт-Петербург, ул. Л.Толстого, 6 / 8;

2 – НИИ акушерства и гинекологии им. Д.О.Отта РАМН: 194034, Санкт-Петербург, Менделеевская линия, 3

O.V.Lavrova, M.A.Petrova, G.B.Fedoseev, T.E.Ivashchenko, E.A.Shapovalova, O.S.Andreeva, M.N.Zakharova, M.V.Vakharlovskaya

Prevention of allergic diseases in children of mothers with asthma

Summary

The aim of the study was to develop an effective therapeutic, diagnostic and organizing system of medical aid to child-bearing women with asthma and primary prevention of allergic diseases, particularly asthma, in children. Five hundred pregnant women with confirmed asthma and 532 children were investigated. Spirometry and body plethysmography were performed in all the women. Obstetricians performed clinical follow-up, serial ultrasound examination, Doppler scan of the fetoplacental unit and laboratory assessment of hemostasis. These procedures allowed to decrease frequencies of gestosis, chronic placental insufficiency, potential miscarriage, threatened preterm labor, and premature delivery. Primary prevention of allergic diseases in children during their mother's pregnancy has led to elimination of different types of allergens. Therefore, implementation of a new approach to management and follow-up of pregnant women with asthma and their newborns in several hospitals showed its effectiveness.

Key words: bronchial asthma, pregnancy, children, primary prevention.

Резюме

Целью исследования явилась разработка преемственной лечебно-диагностической и организационной системы помощи женщинам детородного возраста, страдающим бронхиальной астмой (БА), и подходов к первичной профилактике аллергических заболеваний, в частности БА, у рожденных ими детей. Проведено клинико-функциональное обследование и наблюдение 500 беременных женщин, страдающих БА, на протяжении всего периода беременности с момента обращения и после родов и их 532 детей. На основании результатов обследования, включавшего в себя спирографию и общую плетизмографию, разрабатывался индивидуальный план профилактических и лечебных мероприятий, давались рекомендации по предотвращению сенсибилизации организма. С учетом рекомендаций пульмонолога акушером-гинекологом осуществлялись комплекс лечебно-профилактических мероприятий, динамическое ультразвуковое исследование, доплерометрия фетоплацентарного комплекса, исследование системы гемостаза. На всех этапах проводились мероприятия по первичной профилактике аллергических заболеваний у детей. Дети с рождения находились под наблюдением педиатра-аллерголога. Комплексное обследование и лечение беременных, страдающих БА, позволило снизить частоту развития гестозов, хронической плацентарной недостаточности, угрозы прерывания беременности. Благодаря мероприятиям по первичной профилактике аллергических заболеваний у детей, проводившимся в течение всей беременности, удалось добиться снижения заболеваемости острыми респираторными вирусными инфекциями и развития аллергических заболеваний у детей, матери которых соблюдали врачебные рекомендации. Была показана высокая эффективность новой модели диспансеризации и лечения беременных, больных БА, и родившихся у них детей.

Ключевые слова: бронхиальная астма, беременность, дети, первичная профилактика.

Течение беременности у женщин, больных бронхиальной астмой (БА), является предметом исследования > 50 лет во всех странах мира. Частота БА у беременных женщин, по данным зарубежных авторов, колеблется от 1 % [1] до 13,8 % [2]. В проведенном в женских консультациях Санкт-Петербурга анкетировании на наличие симптомов БА указали 11,8 % опрошенных. С учетом того, что только в Санкт-Петербурге одновременно вынашивают детей > 40 тыс. женщин, очевидна важность своевременного выявления этого заболевания у беременных и обеспечения контроля над ним. Еще одним крайне важным аспектом является необходимость снижения риска развития аллергического заболевания у детей, матери которых страдают БА, причем профилактические мероприятия должны начинаться на

этапе внутриутробного развития, т. к. большинство факторов окружающей среды определяют развитие атопического процесса еще в пренатальном периоде [3]. В настоящее время не существует разработанной организационной системы, позволяющей проводить первичную профилактику аллергических заболеваний, в частности БА. Нет обоснованных рекомендаций врачам различных специальностей (терапевтам, пульмонологам, акушерам-гинекологам, неонатологам, педиатрам) по контролю БА в период беременности, а также по курации детей с отягощенной аллергической патологией наследственностью.

Цель настоящего исследования – разработка преемственной лечебно-диагностической и организационной системы помощи женщинам детородного возраста, страдающим БА, и подходов к первичной

профилактике аллергических заболеваний, в частности БА, у рожденных ими детей.

Материалы и методы

Была разработана система помощи беременным женщинам, страдающим БА, первым этапом которой стало направление их в НИИ пульмонологии (Санкт-Петербург) терапевтами женских консультаций. С 01.01.02 и до 01.01.08 у пульмонолога проконсультировались 724 больных, диагноз БА был подтвержден у 608 женщин (все они были взяты под наблюдение). С 2002 по 2007 гг. на базе НИИ пульмонологии и клиники госпитальной терапии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П.Павлова было проведено клинко-функциональное обследование 500 беременных женщин, страдающих БА. Пациенток с БА наблюдали на протяжении всего периода беременности с момента обращения и после родов. Возраст больных колебался от 17 до 43 лет и в среднем составил $27,73 \pm 5,20$ года. Диагностика формы и тяжести течения БА осуществлялась на основании международных согласительных документов (GINA, 2002). Распределение больных по формам и тяжести течения БА представлено в табл. 1. Группу сравнения составили 100 беременных (средний возраст — $27,74 \pm 0,24$), родоразрешившихся в эти же годы в родильном отделении клиники акушерства и гинекологии СПбГМУ.

На фоне беременности 208 больных (41,6 %) отметили ухудшение самочувствия, 24 (4,8 %) — улучшение. Изменений в самочувствии не было в 34 % случаев (у 170 женщин), дебют БА был зарегистрирован у 40 женщин (8 %). У 58 пациенток (11,6 %) заболевание носило трудно контролируемый характер. Более 60 % женщин (331) обратились к пульмонологу в фазе обострения заболевания, причем в 27,2 % случаев (у 136 женщин) обострение было расценено как среднетяжелое и тяжелое. Сенсибилизация к различным аллергенам была выявлена у 487 пациенток (97,4 %).

С 01.01.02 по 31.12.07 были взяты под наблюдение 534 ребенка, родившихся от матерей, страдающих БА. Среди них было 277 (51,68 %) мальчиков, 257 (48,32 %) девочек. Средний вес новорожденных составлял $3\,363,94 \pm 44,06$ г, рост — $51,15 \pm 0,20$ см, что не отличалось от значений в группе сравнения ($3\,373,80 \pm 92,03$ г и $51,08 \pm 0,44$ см соответственно).

Детей с весом $< 2\,900$ г было 69 (12,87 %), в группе сравнения — 11 (11 %), детей с весом $> 3\,500$ г — 204 (38,06 %).

После родов неонатолог оценивал состояние ребенка и давал рекомендации по предотвращению сенсибилизации организма, которые включали в себя 2 основные группы мероприятий:

- 1) меры по развитию толерантности к аллергенам: сохранение полностью грудного вскармливания ребенка до 6-го мес. жизни, максимальное пролонгирование смешанного вскармливания; исключение из рациона матерей коровьего молока на период лактации, т. к. его антигены могут присутствовать и в грудном молоке; при развитии гипогалактии в качестве альтернативы грудному молоку рекомендовались высокогидролизированные смеси; введение соков и прикормов — только после 6-го мес. жизни ребенка;
- 2) элиминационные мероприятия: рекомендовалось максимально оградить ребенка от действия различных групп аллергенов (подчеркивалась необходимость создания гипоаллергенных бытовых условий, назначалась гипоаллергенная диета в соответствии с национальными рекомендациями).

В дальнейшем с месячного возраста дети находились под наблюдением педиатра-аллерголога. В годовалом возрасте состояние их здоровья было оценено по специальной анкете.

Было проведено комплексное клинко-функциональное обследование всех беременных в клинике госпитальной терапии СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова и в НИИ акушерства и гинекологии РАМН им. Д.О.Отта (Санкт-Петербург). На основании его результатов разрабатывался индивидуальный план профилактических и лечебных мероприятий. Лечение проводилось в соответствии с тяжестью течения и фазой БА, с учетом соответствия применяемых препаратов критериям безопасности Управления по контролю за пищевыми продуктами и лекарственными препаратами США. Состояние всех пациенток отслеживалось пульмонологом вплоть до родоразрешения, наблюдение велось и в послеродовом периоде. Акушером-гинекологом осуществлялись лечебно-профилактические мероприятия, направленные на коррекцию акушерско-гинекологической патологии. В I триместре уточнялась необходимость поддерживающей гормональной терапии. Во II триместре проводились лечение угрозы прерывания беременности, урогенитальных инфекций, профи-

Таблица 1
Формы и тяжесть заболевания у пациенток с БА

БА	Аллергическая, n (%)	Смешанная, n (%)	Неаллергическая, n (%)	Всего, n (%)
Дебют	38 (8,12)	1 (4,55)	1 (11,11)	40 (8,00)
Легкая интермиттирующая	190 (40,60)	2 (9,09)	2 (22,22)	194 (38,80)
Легкая персистирующая	157 (33,55)	6 (27,27)	2 (22,22)	165 (33,00)
Среднетяжелая персистирующая	77 (16,45)	9 (40,91)	4 (44,44)	90 (18,00)
Тяжелая персистирующая	6 (1,28)	4 (18,18)	1 (11,11)	11 (2,20)
Всего	468 (93,40)	22 (4,40)	10 (2,2)	500 (100)

лактика плацентарной недостаточности. В III триместре принимались меры по улучшению маточного кровотока, профилактике и терапии фетоплацентарной недостаточности, профилактике и лечению гестозов, индивидуальной подготовке к родам.

Комплекс обследования включал в себя:

- физикальное обследование;
- исследование функции внешнего дыхания (ФВД) методами спирометрии, общей плетизмографии, и проведение пробы с β_2 -адреномиметиком;
- доплерометрию фетоплацентарного комплекса;
- гистологическое исследование тканей плаценты в перинатальном периоде.

Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием общих методов параметрической и непараметрической статистики с использованием пакета программ SPSS 12.0.

Результаты и обсуждение

Анализ клинических данных у 500 беременных (основная группа) показал, что наиболее часто при первичном осмотре больные предъявляли жалобы на затруднение дыхания — в 37,60 % случаев (188 пациенток), приступы удушья возникали в среднем во всех триместрах 18,60 % (93 пациентки). Кашель беспокоил 22 % (110) больных, дистантные хрипы в грудной клетке — 11,80 % (59) женщин. У ~ 16 % пациенток, предъявлявших разнообразные жалобы, отсутствовали аускультативные признаки обструктивных нарушений. И напротив, у ~ 40 % больных, не предъявлявших жалоб, были обнаружены объективные признаки бронхиальной обструкции различной степени выраженности. Наиболее явным это несоответствие было у пациенток с легкой персистирующей БА. Более 60 % больных этой группы при наличии аускультативных признаков обструкции бронхов не предъявляли жалоб. Среди 402 женщин, которым было проведено исследование ФВД, 147 (36,57 %) не отмечали проявлений заболевания. При аускультативном исследовании признаки обструктивных нарушений были обнаружены у 74 больных (50,34 %). При исследовании ФВД у этих пациенток выявлено значительное снижение объема форсированного выдоха за 1-ю с (ОФВ₁), моментальной объемной скорости после выдоха 50 % форсированной жизненной емкости легких (МОС₅₀), удельной проводимости бронхов (Sgaw) и повышение бронхиального сопротивления (Raw)

(для всех показателей $p < 0,01$ по сравнению с группой без аускультативных признаков обструкции).

Таким образом, снижение ОФВ₁ и МОС₅₀ подтверждает наличие обструктивных нарушений, обнаруженных при аускультации, даже при полном отсутствии активных жалоб. Однако у $> 1/3$ больных с нормальными результатами спирографического исследования регистрировались повышение Raw и снижение Sgaw разной степени выраженности, что доказывает значимость общей плетизмографии в диагностике ранних проявлений бронхиальной обструкции. Не обнаружены отличия показателей ФВД у беременных с БА в фазе ремиссии заболевания от данных, полученных при исследовании группы сравнения (женщин без БА), даже в 3-м триместре беременности. Газовый состав крови у пациенток с различной тяжестью течения БА при обострении заболевания также достоверно не отличался от такового в группе сравнения.

Наиболее частым осложнением 1-й половины беременности у обследованных больных был ранний токсикоз разной степени выраженности — у 233 женщин (46,6 %). Общее число пациенток, страдавших токсикозом, достоверно не различалось в группах пациенток с БА и сравнения. Было выявлено достоверное влияние степени тяжести БА на частоту и выраженность симптомов токсикоза ($p < 0,01$). У беременных с обострением БА в I триместре вдвое чаще регистрировались явления токсикоза, чем у больных, находившихся в этот период в фазе ремиссии (у 32 (66,67 %) и 16 (33,33 %) женщин соответственно).

Еще одним осложнением беременности, сохранявшимся в течение всего ее срока, была угроза прерывания. В I триместре она регистрировалась у 160 женщин (32,0 %), во II — у 109 (21,8 %), угроза преждевременных родов возникала у 95 пациенток (19,0 %). Различий в частоте встречаемости этого осложнения беременности по триместрам между больными БА и группой сравнения выявлено не было. Частота встречаемости этого осложнения была пропорциональна тяжести течения БА (в I триместре), выраженности обострения заболевания (в I и III триместрах).

Результаты, свидетельствующие о значимости адекватной терапии БА как для предупреждения угрозы прерывания беременности, представлены в табл. 2. Очевидно, что назначение ингаляционных глюкокортикостероидов (иГКС) позволило достоверно

Таблица 2
Наличие угрозы прерывания беременности и характер лечения

Терапия	I триместр, n (%)	II триместр, n (%)	III триместр, n (%)
Не проводилась (n = 346)	122 (35,26)	83 (23,99)	70 (20,23)
Не использовались иГКС (n = 45)	9 (20,0)	11 (24,44)	9 (20,0)
Применялись иГКС (n = 109)	29 (26,61)	15 (13,76)	16 (14,68)
p	$p_{1-2} < 0,01$ $p_{1-3} < 0,05$	$p_{1-3} < 0,05$ $p_{2-3} < 0,05$	$p_{1-3} < 0,05$ $p_{2-3} < 0,05$

Примечание: p_{1-2} — достоверность различий между группой без терапии и группой терапии без использования иГКС; p_{1-3} — между группой без терапии и группой, в которой применялись иГКС; p_{2-3} — между группой терапии без применения иГКС и группой, в которой использовались иГКС.

уменьшить частоту этого осложнения в течение всей беременности.

Самым серьезным осложнением 2-й половины беременности был гестоз, явления которого обнаруживались у 220 больных БА (44,0 %), практически таким же было количество женщин с гестозом и в группе сравнения (42,0 %). Число пациенток с явлениями гестоза было максимальным при дебюте БА на фоне беременности (50 %) и прогрессивно уменьшалось при нарастании степени тяжести заболевания. Отличия частоты гестоза были достоверными между группами женщин с дебютом заболевания и со среднетяжелой БА ($p < 0,05$). У пациенток с обострением БА во II триместре частота гестоза была выше ($p < 0,05$), причем в большей степени сроки обострения влияли на развитие данного осложнения средней и тяжелой степени. Чаще всего гестоз диагностировали у больных с трудно контролируемым течением БА (в 53,45 % случаев), причем у них преобладали его среднетяжелая и тяжелая формы (27,59 %). Почти так же часто (в 50 % случаев) гестоз регистрировался у пациенток с дебютом БА на фоне беременности, но в данной группе он был преимущественно легким. Частота развития гестоза была достоверно выше ($p < 0,01$) среди 164 женщин, у которых не проводилось лечение БА (47,40 %), по сравнению с 29 пациентками, получавшими ИГКС (26,61 %).

Больные БА в 86,2 % случаев родоразрешились в срок, у 40 женщин (8,0 %) роды произошли преждевременно, у 29 (5,8 %) — на сроке > 40 нед., что незначительно отличалось от аналогичных показателей группы сравнения. Кесарево сечение было проведено 96 больным (19,2 %), частота и характер показаний к данной операции не отличались от таковых в группе сравнения. На повышение частоты преждевременных родов достоверно влияло ($p < 0,05$) наличие у пациенток обострения БА в III триместре беременности (в подгруппах с обострением БА в I и II триместрах частота преждевременных родов составляла 7,73 %, при обострении в III триместре — 21,43 %) и гестоза (при наличии данного осложнения число больных, родоразрешившихся преждевременно, составило 26 (11,82 %), 14 (5,0 %) — при отсутствии).

Анализ результатов гистологического исследования плаценты у пациенток с БА показал, что на нарушение ее формирования оказывает достоверное ($p < 0,05$) влияние тяжесть течения заболевания. В развитии хронической плацентарной недостаточности основную роль играло неблагоприятное течение БА в период беременности. Так, при трудно контролируемом ее течении у 14 женщин (65,78 %) имелись признаки декомпенсированной плацентарной недостаточности. При этом зарегистрировано достоверное ($p < 0,01$) преобладание числа больных с соответствием развития плаценты сроку беременности, которым проводилась адекватная базисная терапия (70,81 % — 39 человек), по сравнению с группой больных, не получавших по показаниям ИГКС (45,83 % — 11 человек).

Был проведен анализ антропометрических показателей 500 детей, из них мальчиков — 258 (51,6 %),

девочек — 242 (48,4 %). Средний вес новорожденных составил $3366,61 \pm 45,11$, средний рост — $51,18 \pm 0,22$. Новорожденные мужского пола весили в среднем $3417,46 \pm 60,36$ г, женского пола — $3312,39 \pm 66,86$ г ($p < 0,05$), рост соответственно достигал $51,46 \pm 0,30$ см и $50,89 \pm 0,32$ см ($p < 0,01$). Менее 3 500 г весили 195 детей (39,0 %), из них 114 мальчиков (44,19 %) и 81 девочка (33,47 %). Детей с весом менее 2 900 граммов оказалось всего 64 (12,80 %), из них мальчиков — 29 (11,24 %), девочек — 35 (14,46 %). Различий в сроках родоразрешения матерей новорожденных мужского и женского пола обнаружено не было. Вес и рост новорожденных достоверно снижались при нарастании у матерей тяжести течения БА от 3 549,47 \pm 154,50 г (дебют заболевания на фоне беременности) до 2 981,00 \pm 175,71 г (тяжелая БА; $p < 0,01$). При трудно контролируемом течении БА у женщин средний вес их детей (3 271,89 \pm 96,05 г) был достоверно ниже ($p < 0,01$), чем у новорожденных, матери которых перенесли дебют БА на фоне беременности (3 549,47 \pm 154,50 г). Имелась тенденция к снижению среднего веса в группе детей, у матерей которых значительно снижался ОФВ₁ в III триместре беременности. Выявлены прямые корреляции между уровнем ОФВ₁ в III триместре, весом и ростом новорожденных. При сравнении среднего веса новорожденных (3 135,00 \pm 321,11 г), у матерей которых значительное повышалось Raw, с группой детей, матери которых имели нормальный уровень Raw (3 405,48 \pm 86,39 г), были выявлены достоверные различия ($p < 0,05$). Однако следует подчеркнуть, что даже при БА тяжелого течения у женщин средний вес новорожденных (2 981,00 \pm 175,71 г) был в пределах границ нормы, принятой в России (2 900 г), и существенно выше границы нормы, распространенной за рубежом (2 500 г). Тяжесть течения БА у женщин прямо коррелировала с числом новорожденных мужского пола, в особенности при среднетяжелом течении БА во время беременности. У матерей новорожденных женского пола достоверно чаще регистрировались нормальные показатели ОФВ₁, Sgaw и Raw в I триместре беременности, значительные и резкие нарушения у них встречались в ~ 3 раза реже, чем у матерей мальчиков.

Был проведен анализ состояния здоровья 262 детей, родившихся в период с 01.01.02 по 31.12.05. К моменту начала математической обработки полученных данных всем детям этой группы исполнилось минимум 2 года. Показатели заболеваемости изучены у всех детей до 2 лет, развитие БА регистрировалось независимо от возраста на момент дебюта. В этой группе мальчиков было 139 (53,05 %), девочек — 123 (46,95 %). Число детей, получавших грудное молоко, было достаточно велико — 85,5 % (по данным Госкомстата, в Санкт-Петербурге в целом этот показатель составляет 42 %), средняя длительность грудного вскармливания ($4,46 \pm 0,31$ мес.) также значительно превышала среднее значение по городу (2,5 мес.). Половина детей получала чисто грудное вскармливание > 4 мес., $1/3$ — > 6 мес. К 12-месячному возрасту получали грудное молоко $\sim 1/2$ детей.

Таблица 3

Частота острых кожных аллергических реакций и хронического atopического дерматита у детей, матери которых перенесли токсикоз беременных

Токсикоз у матери	Мальчики			Девочки			Всего детей		
	n	абс.	%	n	абс.	%	n	абс.	%
Острые кожные аллергические реакции									
Отмечен	72	42	58,33	71	42	59,15	143	84	58,74
Не отмечен	67	27	40,30	52	14	26,92	119	41	34,45
Хронический atopический дерматит									
Отмечен	72	20	27,78	71	18	25,35	143	38	26,57
Не отмечен	67	15	22,39	52	7	13,46	119	22	18,49
$p_{1-2} < 0,01$			$p_{1-2} < 0,01$			$p_{1-2} < 0,01$			
			$p_{3-4} < 0,05$						

Примечание: p_{1-2} – достоверность различий у детей с острыми кожными аллергическими, матери которых переносили и не переносили токсикоз; p_{3-4} – достоверность различий у детей с хроническим atopическим дерматитом, матери которых переносили и не переносили токсикоз.

У детей раннего возраста чаще всего встречались острые кожные аллергические реакции (124 ребенка – 47,33 %), хронический atopический дерматит (60 детей – 22,9 %), острые респираторные вирусные заболевания (63 ребенка – 24,05 %). Было установлено влияние перенесенного матерью токсикоза на частоту развития острых кожных аллергических реакций и хронического atopического дерматита у детей (табл. 3).

Анализ полученных данных показал, что повторными острыми респираторными вирусными инфекциями (ОРВИ) дети страдали достоверно ($p < 0,05$) чаще после 1 года (100 случаев – 38,17 %), чем до 1 года (63 случая – 24,05 %), – чаще мальчики (40 – 28,78 %), чем девочки (23 – 18,70 %). Дети матерей, перенесших гестоз, достоверно чаще ($p < 0,01$) переносили ОРВИ до годовалого возраста (50 случаев – 40,65 %) и после него (59 случаев – 52,03 %), чем дети женщин без гестоза в анамнезе (23 (16,55 %) и 41 (25,90 %) соответственно). Чисто грудное вскармливание > 4 мес. приводило к достоверному ($p < 0,05$) снижению числа часто болеющих ОРВИ детей в возрасте до 1 года (21 случай (14,38 %) и после 1 года – 38 (26,03 %)), по сравнению с грудным вскармливанием до 4 мес. (60 (26,79 %) и 85 (38,39 %) соответственно), а также искусственным вскармливанием (11 (28,95 %) и 15 (36,84 %) соответственно). Соблюдение матерью гипоаллергенной диеты в период грудного вскармливания приводило к снижению заболеваемости ОРВИ после годовалого возраста (табл. 4).

БА была диагностирована у 18 (6,87 %) детей, из них 15 (10,79 %) мальчиков и 3 (2,44 %) девочек ($p < 0,01$). Средний возраст, в котором выявлялась БА, у мальчиков составил $2,15 \pm 0,63$ года, у девочек –

$2,80 \pm 0,31$ года. Существенно чаще заболевание дебютировало у детей, матери которых отказались от приема иГКС в пользу других препаратов (8 случаев – 44,44 %), по сравнению с группой детей, матери которых получали адекватную базисную терапию (4 случая – 22,22 %). При длительности грудного вскармливания > 4 мес. заболели БА всего 7 детей (4,79 %), а при искусственном вскармливании – 4 ребенка (10,53 %). У матерей, соблюдавших гипоаллергенную диету во время грудного вскармливания, дети реже заболевали БА (8 случаев – 5,23 %), по сравнению теми женщинами, которые диету не поддерживали (10 детей – 9,17 %). У 13 (72,22 %) из 18 заболевших БА детей имелись признаки аллергии к коровьему молоку. Лишь у 22,22 % детей с БА не было острых или хронических аллергических кожных заболеваний. БА дебютировала у детей, страдавших острым бронхитом > 3 раз в год, в 10 случаях (26,32), а у переносивших его 1 раз в год – в 2 случаях (11,76 %).

Заключение

Таким образом, внедрение в ряде лечебных учреждений новой модели диспансеризации и лечения беременных женщин с БА и родившихся у них детей показало ее высокую эффективность. Был достигнут контроль БА, достоверно снизилась частота осложнений беременности (угроза прерывания, гестозы, плацентарная недостаточность), и реже встречались ОРВИ и аллергические заболевания у детей, матери которых соблюдали врачебные рекомендации. Подверженность детей, родившихся у женщин с БА, ОРВИ, аллергическим заболеваниям и обструктивной патологии определяется характером течения БА

Таблица 4

ОРВИ у детей после 1 года и соблюдение диеты матерями во время грудного вскармливания

	Мальчики			Девочки			Всего детей		
	n	абс.	%	n	абс.	%	n	абс.	%
Диета	76	30	39,47	77	21	27,27	153	51	33,33
Без диеты	63	28	44,44	46	21	45,65	109	49	44,95
			$p < 0,01$			$p < 0,05$			

у матери во время беременности, степенью контроля над заболеванием, наличием осложнений беременности, полом ребенка, полноценностью выполнения мер первичной профилактики. Сохранение чисто грудного вскармливания > 6 мес. и соблюдение гипоаллергенной диеты матерью в период лактации способствуют снижению частоты ОРВИ и острых аллергических реакций у детей, рожденных женщинами, страдающими БА.

Литература

1. *Liccardi G., D'Amato M., D'Amato G.* Asthma in pregnant patients: pathophysiology and management. *Monaldi Arch. Chest Dis.* 1998; 53 (2): 151–159.
2. *Tata L.J., Lewis S.A., McKeever T.M. et al.* A comprehensive analysis of adverse obstetric and pediatric complications in women with asthma. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 2007; 175 (10): 991–997.
3. *Barker D.J.* A new model for the origins of chronic disease. *Med. Hlth Care Philos.* 2001; 4 (1): 31–35.

Информация об авторах

Лаврова Ольга Вольдемаровна – д. м. н., старший научный сотрудник НИИ пульмонологии СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова; тел.: (812) 234-55-09; e-mail: loverova@bk.ru

Петрова Мария Анатольевна – д. м. н., проф., зав. лабораторией бронхиальной астмы НИИ пульмонологии СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова; тел.: (812) 273-12-01; e-mail: map1946@rambler.ru

Андреева Ольга Станиславовна – к. м. н., ассистент кафедры госпитальной терапии СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова; тел. (812) 593-13-44; e-mail: o_s_andreeva@mail.ru

Федосеев Глеб Борисович – д. м. н., проф. кафедры госпитальной терапии СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова; e-mail: fedoseevsp@mail.ru

Иващенко Татьяна Эдуардовна – д. м. н., проф., ведущий научный сотрудник лаборатории пренатальной диагностики НИИ акушерства и гинекологии им. Д.О.Отта; тел.: (812) 328-98-09; e-mail: tiv@hosp.ru

Шаповалова Елена Андреевна – к. м. н., старший научный сотрудник отделения патологии беременности НИИ акушерства и гинекологии им. Д.О.Отта; тел.: (812) 328-98-46; e-mail: e.shapovalova@mail.ru

Захарова Мария Николаевна – к. м. н., ассистент кафедры педиатрии СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова; тел.: (812) 344-55-26; e-mail: zacharovadoc@mail.ru

Вахарловская Мария Викторовна – младший научный сотрудник лаборатории бронхиальной астмы НИИ пульмонологии СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова; тел.: (812) 234-55-09; e-mail: vakharlovskaya@yandex.ru

Поступила 03.12.09

© Коллектив авторов, 2010

УДК [618.3-06:616.248]-07:616-056.3-084